



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB  
FACULDADE DA CEILÂNDIA – FCE  
CURSO DE ENFERMAGEM

**Identificar as condutas e práticas para o parto normal entre as recomendações da  
OMS no atendimento ao parto normal em um hospital público do DF**

Autor: Alinne FeitozaVenancio

Orientador: Profª Drª Alecssandra de Fátima Silva Viduedo

Brasília – DF

2017



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALINNE FEITOZA VENANCIO

**Identificar as condutas e práticas para o parto normal entre as recomendações da OMS no atendimento ao parto normal em um hospital público do DF**

Monografia apresentada à Faculdade Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alecssandra de Fátima Silva Viduedo

Brasília – DF

2017

**VENANCIO, Alinne Feitoza. Identificar as condutas e práticas para o parto normal entre as recomendações da OMS no atendimento ao parto normal em um hospital público do DF**

Monografia apresentada à Faculdade Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Aprovado em: 05 / 07 / 2017

**Comissão Julgadora**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Alecssandra de Fátima Silva Viduedo  
ORIENTADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Juliana Machado Schardosim  
BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>  
BANCA EXAMINADORA

# **IDENTIFICAR AS CONDUTAS E PRÁTICAS PARA O PARTO NORMAL ENTRE AS RECOMENDAÇÕES DA OMS NO ATENDIMENTO AO PARTO NORMAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DF**

Alinne Feitoza Venancio - Acadêmica de Enfermagem

Alecssandra de Fátima Silva Viduedo – Doutora em Enfermagem em Saúde Pública

## **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo identificar as condutas e práticas para o parto normal entre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) em um hospital público do DF. Trata-se pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, a amostra foi não probabilística por conveniência, composta por 30 parturientes, no período de abril e maio de 2017. O trabalho de parto foi acompanhado pela pesquisadora através de observação não participativa, identificando as condutas realizadas de acordo com o instrumento de coleta de dados, confeccionado a partir do documento de recomendações da OMS para o parto normal, constituído por quatro categorias, a saber: 1) Categoria A- Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, 2) Categoria B- Práticas no parto normal claramente prejudiciais, ou ineficazes e que devem ser eliminadas, 3) Categoria C- Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão, 4) Categoria D- Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado. Constatou-se que nem todas as categorias que protegem as mulheres, para que usufruam de boas práticas para os partos normais preconizados pela Organização Mundial da Saúde foram respeitadas.

**Palavras-chave:** Parto Obstétrico; Educação em Enfermagem; Assistência Integral à Saúde.

**Key Words:** Delivery, Obstetric; Education, Nursing; Comprehensive Health Care.

**Palabras Claves:** Parto Obstétrico; Educación en Enfermería; Atención Integral de Salud.

## **INTRODUÇÃO**

O parto é um processo normal e natural, um período vulnerável para a saúde da mulher, em que o ambiente e as atividades sanitárias exercem grande influência. Na metade do século XX foi institucionalizado o processo de parto, passando dos partos em domicílio aos partos hospitalares. Quando o parto foi considerado um processo hospitalar, foram incluídas determinadas práticas rotineiras e protocolizadas, tais como a episiotomia, a depilação, os enemas, a indução do parto, sem que seu uso rotineiro fosse avalizado por evidências científicas<sup>(1)</sup>.

Diante desta situação, em 1985, com as recomendações da OMS sobre o nascimento, inicia-se um processo de "standardização do parto", os estados são incitados a revisar a tecnologia aplicada aos partos e admite-se que cada mulher deve eleger o tipo de parto que deseja, contribuindo assim para devolver o protagonismo à mulher<sup>(2)</sup>.

No Brasil, com o objetivo de melhorar a atenção ao pré-natal, foi proposto pelo Ministério da Saúde, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que estabelece diretrizes e princípios norteadores com destaque para a captação precoce da gestante, ações educativas, oferta de exames de rotina e orientação quanto ao retorno da puérpera à unidade de saúde para a consulta puerperal até 42 dias após o parto. Este Programa baseou-se nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, buscando reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal<sup>(3)</sup>.

Desde a década de 1990, a comunidade internacional tem realizado importantes esforços a fim de instituir ações para promoção do desenvolvimento econômico, social e humano. No ano 2000, foi estabelecida pelos líderes dos Estados Membros das Nações Unidas a “Declaração do Milênio”, um documento que sintetiza acordos firmados para superar as iniquidades entre países e regiões do mundo. Foram instituídos oito “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM), que incorporam 22 metas e 48 indicadores que devem ser alcançados até o ano de 2015. Destes, três são diretamente relacionados à saúde, sendo um deles, “Melhorar a saúde materna”, com duas metas a serem atingidas: a redução da mortalidade materna em 75% do nível observado em 1990 e a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva<sup>(4)</sup>.

O Brasil, observam-se avanços no enfrentamento dos óbitos maternos. De acordo com dados publicados pelo Ministério da Saúde, a morte de mulheres durante a gravidez, o parto ou o puerpério tem reduzido de forma acentuada. Dos 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos

em 1990, a taxa em 2011 ficou em menos de 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Essa redução é importante não apenas pelo número de vidas poupadas nesse período, mas também porque indica progressos significativos na garantia dos direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos da mulher<sup>(5)</sup>.

Segundo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), de 2002, a humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher<sup>(6)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 1996 um guia prático sobre a Assistência ao parto normal em que identifica as condutas e práticas para o parto normal em 4 categorias, que é tomada como base pelo Ministério da Saúde (MS). Essas condutas e práticas identificadas nessa publicação da OMS constituem o que chamamos de parto humanizado.

O advento do parto humanizado tende a diminuir a violência durante o parto, pois ele tem condutas e práticas que não aceitam e abominam a inserção da violência no parto.

De acordo com a Caderneta da Gestante (2014) a parturiente deve ser atendida no primeiro serviço de saúde que procurar. Em caso de necessidade de transferência para outro serviço de saúde, o transporte deverá ser garantido de maneira segura.

A Lei Federal nº 11.634/2007<sup>(7)</sup>, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei Federal nº 11.108/2005<sup>(8)</sup>, que serve para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

A Caderneta da Gestante<sup>(9)</sup> (2014) discorre sobre as violências na gravidez que se a parturiente sofrer qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica por parte de pessoas próximas ou desconhecidas e desejar ajuda do serviço de saúde, converse com o profissional que a está atendendo. Procure orientações para defender seus direitos e não permitir que aconteça novamente. Ligue 180 ou Disque Saúde – 136, de forma gratuita, e denuncie.

A grande atenção que o parto normal vem ganhando ao longo dos últimos anos mostra o quanto ele é importante para a saúde da mulher e do recém-nascido, por isso o tema parto humanizado para a realização deste projeto.

A humanização do parto é um tema significativo para diminuir a violência durante o parto normal que vem aumentando, deixando várias mulheres apreensivas quanto ao parto normal e normalmente preferindo à cesariana.

Pela necessidade de guiar como seria o parto humanizado a OMS em 1996 publicou um guia prático sobre a Assistência ao parto normal, e ele é o instrumento de pesquisa deste estudo que objetiva saber se as ações preconizadas no guia estão sendo realizadas em um hospital público de grande porte do DF.

## **MÉTODO**

Este estudo faz parte de um estudo maior, que investigou as rotinas institucionais durante o trabalho de parto e parto. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, realizado com parturientes de um centro obstétrico de um hospital público do Distrito Federal.

A amostra foi não probabilística por conveniência, composta por 30 parturientes, no período de abril e maio de 2017. Os critérios de inclusão das participantes foram: as parturientes que evoluíram para parto normal, maiores de idade e que aceitaram o convite para participar da pesquisa.

Primeiramente foram coletados dados de identificação da parturiente, através de uma entrevista realizada pela própria pesquisadora, a fim de obter o perfil da amostra. O formulário de coleta de dados foi confeccionado pela própria pesquisadora a partir da caderneta da gestante de 2014, utilizada pelo Ministério da Saúde.

O trabalho de parto foi acompanhado pela pesquisadora através de observação não participativa, identificando as condutas realizadas de acordo com o instrumento de coleta de dados, confeccionado a partir do documento de recomendações da OMS (1996)<sup>(2)</sup> para o parto normal, constituído por quatro categorias, a saber: 1) Categoria A- Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, 2) Categoria B- Práticas no parto normal claramente prejudiciais, ou ineficazes e que devem ser eliminadas, 3) Categoria C- Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão, 4) Categoria D- Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Na análise e interpretação dos resultados foi utilizada a planilha eletrônica Excel com dupla digitação para validação dos dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer de n.º 1.458.790), e autorizado pelo hospital. Foram cumpridos os termos da Resolução 466 (12/12/2012), do Conselho Nacional de Saúde<sup>(10)</sup>. O anonimato das participantes foi preservado. Todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, todas as participantes receberam uma cópia.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização Sociodemográfica das parturientes**

Foram acompanhados 30 parturientes que realizaram parto normal em um centro Obstétrico de um hospital público do Distrito Federal.



A idade das parturientes variou entre 19 e 35 anos, com média de 27,6 anos (DP= 7,8) e mediana de 24,5. A religião predominante foi evangélica (56,66%), o estado civil que predominou foi a união estável (56,66%), 53,3% nasceram no Distrito Federal, a maior porcentagem tinha ensino médio completo (53,3%) e o menor percentual foi ensino fundamental incompleto e ensino superior incompleto com 10% cada, houve um equilíbrio quanto a ocupação das puérperas com 56,6% declarando que trabalhavam fora do lar e 43,3% declarando que não trabalhavam fora do lar.

### **Caracterização obstétrica das parturientes**

A idade gestacional variou teve mediana de 39 semanas. Todas as parturientes tiveram gestação única (100%); 83,3% era de baixo risco, a gestação foi planejada em 60% dos casos; 80% delas era multípara, e com menos de um ano de intervalo entre as gestações, 53,3% tinha antecedente de infecção urinária tratada.

Dos 30 partos analisados houve semelhança percentual entre os partos realizados por médicos obstétricas (43,3%) e residentes de medicina (40%). Os enfermeiros obstetras ficaram com menor percentual (16,6%).

As tabelas a seguir, seguem as classificações de assistência ao parto normal preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A saber, **Grupo A** - Práticas demonstradas úteis, que devem ser encorajadas; **Grupo B** - Práticas claramente danosas ou inefetivas, que devem ser eliminadas; **Grupo C** - Práticas com evidências insuficientes e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas clarifiquem sobre sua adoção; **Grupo D** - Práticas frequentemente utilizadas de maneira não apropriada.

A categoria A possui 27 itens, como são consideradas úteis, deveriam ser cumpridas em sua totalidade, ao contrário disso, 11 itens foram cumpridos em sua totalidade.

As condutas demonstradamente úteis dos itens 1.17, 1.18 e 1.26 não foram realizadas em nenhum dos partos.

**Tabela 1** – Distribuição das Práticas consideradas benéficas ao parto normal. Distrito Federal, 2017

<b>Categoria A- práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:</b>	<b>n(%) Realizado</b>	<b>n(%) Não realizado</b>
<b>1.1</b> - Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.	15 (50%)	15 (50%)
<b>1.2</b> - Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.	26 (86,6%)	4 (13,3%)
<b>1.3</b> - Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.	22 (73,3%)	8 (26,6%)
<b>1.4</b> - Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.	8 (26,66%)	22 (73,33%)
<b>1.5</b> - Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.	13 (43,33%)	17 (56,66%)
<b>1.6</b> - Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.7</b> - Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.8</b> - Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto	23 (76,66%)	7 (23,33%)
<b>1.9</b> - Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.10</b> - Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.	24 (80%)	06 (20%)
<b>1.11</b> - Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.	06 (20%)	24 (80%)
<b>1.12</b> - Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.13</b> - Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.14</b> - Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.15</b> - Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto	27 (90%)	03 (10%)
<b>1.16</b> - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.	27 (90%)	03 (10%)
<b>1.17</b> - Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.	0 (0%)	30 (100%)
<b>1.18</b> - Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do	0 (0%)	30 (100%)

parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.

<b>1.19</b> - Condições estéreis ao cortar o cordão.	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.20</b> - Prevenção da hipotermia do bebê	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.21</b> - Prevenção da hemorragia neonatal com o uso do vitamina K.	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.22</b> - Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.23</b> - Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.	27 (90%)	03 (10%)
<b>1.24</b> - Alojamento conjunto.	30 (100%)	0 (0%)
<b>1.25</b> - Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.	NA*	
<b>1.26</b> - Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.	0 (0%)	30 (100%)
<b>1.27</b> - Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.	22 (73,3%)	08 (26,6%)

---

\*NA não se aplica a amostra não teve mulheres portadoras de HIV positivo.

Na categoria B, as mulheres não foram respeitadas em sua totalidade em relação à posição para o parto, e em 100% dos casos ocorreu o toque vaginal frequente e por mais de um examinador.

**Tabela 2**– Distribuição das Práticas consideradas prejudiciais ao parto normal. Distrito Federal, 2017.

<b>Grupo B - Práticas claramente danosas ou inefetivas, que devem ser eliminadas.</b>	<b>n(%) Realizado</b>	<b>n(%) Não realizado</b>
<b>2.1</b> - Uso rotineiro do enema.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.2</b> - Uso rotineiro da tricotomia.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.3</b> - Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.	12 (40%)	18 (60%)
<b>2.4</b> - Cateterização venosa profilática de rotina.	12 (40%)	18 (60%)
<b>2.5</b> - Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.	27 (90%)	03 (10%)
<b>2.6</b> - Exame retal.	0 (0%)	30 (100%)

<b>2.7 -</b> Uso de pelvimetria por raios X.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.8 -</b> Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.	10 (33,3%)	20 (66,6%)
<b>2.9 -</b> Uso rotineiro da posição de litotomia.	27 (90%)	03 (10%)
<b>2.10 -</b> Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.11 -</b> Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.12 -</b> Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.11 -</b> Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.12 -</b> Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.13 -</b> Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.14 -</b> Lavagem uterina rotineira após o parto.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.15 -</b> Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.16 -</b> Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.	04 (13,3%)	26 (86,6%)
<b>2.17 -</b> Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.	30 (100%)	0 (0%)
<b>2.18 -</b> Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.	01 (3,3%)	29 (96,6%)
<b>2.19 -</b> Prática liberal de cesariana.	0 (0%)	30 (100%)
<b>2.20 -</b> Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais	03 (10%)	27 (90%)
<b>2.21 -</b> Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.	0 (0%)	30 (100%)

A categoria C mostrou que as práticas foram utilizadas com cautela, já que a minoria dos partos utilizou a manipulação do períneo e metade realizou clampeamento precoce de cordão umbilical.

**Tabela 3** – Distribuição das Práticas consideradas com evidências insuficientes e que devem ser utilizadas com cautela. Distrito Federal, 2017.

<b>Grupo C - Práticas com evidências insuficientes e que devem ser utilizadas com cautela</b>	<b>n(%) Realizado</b>	<b>n(%) Não realizado</b>
<b>3.1</b> - Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.	0 (0%)	30 (100%)
<b>3.2</b> - Pressão no fundo uterina durante o período expulsivo.	0 (0%)	30 (100%)
<b>3.3</b> - Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto.	07 (23,3%)	23 (76,6%)
<b>3.4</b> - Manipulação ativa do feto no momento do parto.	0 (0%)	30 (100%)
<b>3.5</b> - Clampeamento precoce do cordão umbilical.	15 (50%)	15 (50%)
<b>3.6</b> - Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.	0 (0%)	30 (100%)

A categoria D mostrou que a maioria dos itens não foi utilizado, 20% das parturientes foram privadas de alimentos e 23,3% utilizou ocitocina.

**Tabela 4** – Distribuição das Práticas frequentemente utilizadas de maneira não apropriada. Distrito Federal, 2017.

<b>Grupo D - Práticas frequentemente utilizada de maneira não apropriada.</b>	<b>n(%) Realizado</b>	<b>n(%) Não realizado</b>
<b>4.1</b> - Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.	06 (20%)	24 (80%)
<b>4.2</b> - Controle da dor por agentes sistêmicos.	0 (0%)	30 (100%)
<b>4.3</b> - Controle da dor por analgesia peridural.	0 (0%)	30 (100%)
<b>4.4</b> - Monitoramento eletrônico fetal.	0 (0%)	30 (100%)
<b>4.5</b> - Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.	0 (0%)	30 (100%)
<b>4.6</b> - Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.	0 (0%)	30 (100%)
<b>4.7</b> - Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.	07 (23,3%)	23 (76,6%)
<b>4.8</b> - Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.	0 (0%)	30 (100%)
<b>4.9</b> - Transferência rotineira do parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.	0 (0%)	30 (100%)

<b>4.10 - Caracterização da bexiga.</b>	0 (0%)	30 (100%)
<b>4.11 - Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.</b>	0 (0%)	30 (100%)

---

## DISCUSSÃO

Constatou-se que nem todas as categorias que protegem as mulheres, para que usufruam de boas práticas para os partos normais preconizados pela Organização Mundial da Saúde foram respeitadas.

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal<sup>(11)</sup>, onde mostra que mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados<sup>(11)</sup>.

Uma das formas de estabelecer conexão com a mulher é auxiliá-la na confecção de seu plano de parto ainda no pré-natal. Se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação tais como a organização do local de assistência, limitações relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas, se sentirá mais segura no momento do parto<sup>(11)</sup>.

Em nosso estudo 50% das parturientes relataram ter planejado seu parto, mas não tinham um plano de parto escrito, apenas tinham conhecimento do local onde o parto seria realizado e das suas vontades em relação ao mesmo.

O partograma é sabidamente conhecido como um recurso utilizado para evitar partos cirúrgicos desnecessários e indicar partos cirúrgicos necessários, no entanto, no Centro

obstétrico em questão nesse estudo, o mesmo não foi utilizado. Vários estudos mostram que o uso do partograma protege as parturientes de cesarianas desnecessárias<sup>(12-14)</sup>.

Outro item que não foi respeitado na categoria A foi a prevenção de hemorragia com ocitocina. A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais causas de morte no mundo. Quando a HPP ocorre devido à atonia uterina, diversas intervenções médicas e cirúrgicas são usadas para controle do sangramento. Uma alternativa é o uso de misoprostol, que também não foi utilizado<sup>(15)</sup>.

Faz parte dos cuidados maternos imediatos examinar a placenta e as membranas, o que previne hemorragia e infecção através da avaliação de suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais<sup>(16)</sup>. Nesse caso, 100% dos casos a placenta não foi minuciosamente examinada, apenas separada para descarte unitário.

A categoria B discorre sobre Práticas claramente danosas ou inefetivas, que devem ser eliminadas, o estudo mostrou que as mulheres não tiveram total liberdade de escolher a posição de parto, assim como, foram realizados toques vaginais frequentes por diferentes avaliadores, por se tratar de um hospital escola esse inconveniente se torna rotina, já que os residentes objetivam aprender com essa prática.

Durante o segundo período do parto a mulher deve ser encorajada a adotar a posição mais confortável, a posição supina não favorece a descida do concepto, o que dificulta o período expulsivo, são mais indicadas as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios<sup>(11)</sup>.

Referente ao toque vaginal foi identificadas contradições com o que é preconizado, pois a recomendação é que seja realizado um toque em intervalo de duas horas. Neste estudo, a maioria das parturientes recebeu toques vaginais com período menor que o preconizado. Dados de outro estudo corroboram com os nossos achados que evidenciaram a realização do toque em intervalos menores que uma hora<sup>(17-18)</sup>.

Em relação à categoria C as práticas não têm evidências suficientes e devem ser utilizadas com cautela. A literatura não descreve evidências para embasar a teoria de que a proteção do períneo durante o período expulsivo previne lacerações. O períneo é naturalmente preparado para o parto independente das manobras que possam ser realizadas, a posição da mulher e seus puxos também corroboram para um melhor resultado. A prática do profissional é importante nesse momento, pois pode controlar a velocidade do desprendimento da cabeça e acrômios<sup>(19)</sup>.

Outra conduta que depende da situação em que o parto esta transcorrendo é o clampeamento de cordão umbilical, quando não ocorre nenhuma intercorrência com o recém-nascido, é respeitado o clampeamento fisiológico, que consiste em clampear após cessar a pulsação do mesmo, caso ocorra alguma intercorrência adota-se a conduta ativa onde o cordão é clampeado precocemente<sup>(11)</sup>.

Na categoria D a maioria das recomendações não foram utilizadas, apenas a restrição de líquidos e uso de ocitocina para correção da dinâmica uterina. As parturientes podem receber líquidos durante o trabalho de parto, de preferência isotônicos, a não ser que tenham risco iminente para anestesia<sup>(11)</sup>.

Não são todas as condições que contra indicam o uso de ocitocina, se confirmado o progresso da no primeiro estágio da parto a ocitocina pode ser indicada e utilizada com cautela<sup>(11)</sup>.

## CONCLUSÕES

Foram avaliadas as recomendações da OMS em um Centro Obstétrico de um hospital público do Distrito Federal. Nem todas as categorias foram seguidas, conforme preconizadas. Os profissionais de saúde devem estar atentos e preparados para assistir as parturientes da melhor forma, estando familiarizado com protocolos que visam à qualidade no cuidado.



Além da OMS o MS lançou esse ano “As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”, com informações semelhantes ao documento da OMS. O que significa que os profissionais tem ferramentas de boa qualidade para prestar um cuidado adequado e humanizado, basta ter apoio e incentivo pessoais e profissionais para colocá-los em prática.

## REFERÊNCIAS

1. SUAREZ-CORTES, María et al . Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 23, n. 3, p. 520-526, jun. 2015 .
2. OMS, Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático, relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996
3. MS, Ministério da Saúde. Portaria n. 569/GM de 1 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000.
4. XAVIER, Rozania Bicego et al . Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 1161-1171, Apr. 2013 .
5. BRASIL. Presidência da República (BR), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília (DF): IPEA; 2014.
6. MS, Ministério da Saúde. Programa de Humanização do parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília, 2002.
7. BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da república Federativa do Brasil. Brasília, DF, 27 dez. 2007.
8. BRASIL. Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da república Federativa do Brasil. Brasília, 7 de abril de 2005.
9. MS, Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. Brasília, 2014.
10. MS, Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012
11. MS, Ministério da Saúde. diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília, 2017.
12. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Lancet. 1994;343(8910):1399–404.
13. Pattinson RC, Howarth GR, Mdluli W, et al. Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial. BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology. 2003;110(5):457–61.

14. Lavender T, Alfievic Z, Walkinshaw S. Effect of different partogram action lines on birth outcomes: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*. 2006;108(2):295–302. [PubMed]
15. Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia Secretariado. Tratamento de hemorragia pós-parto com misoprostol, 2012.
16. CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias do SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016.
17. Giglio MR, Franca E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Ver Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(10):297-304.
18. Lucas MTB, Rocha MJF, Costa KMM, Oliveira GG, Melo JO. Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study. *Online braz j nurs* [internet] 2015 Mar [cited year month day]; 14 (1):32-40. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5067>.
19. ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. *Enfermagem obstétrica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 2000.

## ANEXO

### Revista Ciência, Cuidado e Saúde

**Pesquisa** – Estudo original e inédito, que agrega informação nova ou corrobora o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve limitar-se a **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

Os artigos deverão ser digitados em “Word for Windows” 98 ou superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 12, papel A4, com margens de 2,5 cm nos quatro lados, e espaçamento duplo em todo o texto, com exceção de resumos, referências, citações diretas, depoimentos, tabelas e quadros que deverão ter espaçamento simples.

#### **Manuscrito:**

- Exige-se correção de português, inglês e espanhol.

- Não deverá conter notas de rodapé.

Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Resumo em português contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;

- Palavras-chave em Português, Inglês (Keywords) e Espanhol (Palabras clave): três a cinco palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME.

- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /Considerações finais, Agradecimentos e Referências).

- A apresentação de resultados e discussão pode ser a critério dos autores (conjunta ou separada) no caso de estudos qualitativos. Já nos estudos quantitativos devem ser apresentadas separadamente.

#### **Observações:**

- Os depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em espaço simples, itálico, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério

do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave { };

- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na sequência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão.

Exemplo<sup>(19:6)</sup>.

- Figuras e tabelas devem ser limitadas(os) a cinco no total.

## **Referências**

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte), para artigos de pesquisa, reflexão e relato de experiência. No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.

- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.

- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-as por um traço Ex: <sup>(4,5,6 e 7)</sup> substituir por <sup>(4-7)</sup>; quando intercalados utilize vírgula Ex: <sup>(6,8,12)</sup>.

- Devem constar os nomes dos seis primeiros autores para só então utilizar a expressão “*et al.*”.

- As referências devem ser alinhadas à esquerda.

- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es). Obs: Ciência, Cuidado e Saúde adota a partir de janeiro de 2007, normas baseadas no "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" elaborado pelo Comitê Internacional de

Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas em 2001 no volume 9, número 2 da Revista Latino-americana de Enfermagem.